



INFORMAÇÕES SOBRE COBERTURA MÉDICA

MEDICAL COVERAGE INFORMATION

ESCRITÓRIO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS (CSO)	TELEFONE DO CSO	COOPERAÇÃO <input type="checkbox"/> 1. Referência do OSE: a. Obrigatória <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não b. Feita? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. OSE/TPL/Estabelecida uma boa causa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOME DO CLIENTE	TELEFONE DO CLIENTE	
NÚMERO DO CASO	DATA	

INSTRUÇÕES: O objetivo deste formulário é ajudar-nos a determinar se existe alguma outra cobertura médica disponível para seus custos médicos. Coloque suas respostas em letra de fôrma. Responda a cada pergunta da forma mais completa que puder com relação a você ou a outra pessoa pela qual esteja requerendo. Podemos pedir-lhe para verificar suas respostas. Caso precise de ajuda no preenchimento deste formulário ou caso sua cobertura sofra alterações, contate-nos pelo telefone **1-800-562-6136**.

A. Você tem Medicare? Sim Não

SE AFIRMATIVO, NOME DA PESSOA QUE TEM MEDICARE _____ NÚMERO DO MEDICARE _____

B. Você tem cobertura de seguro saúde? Sim Não

Isto inclui qualquer seguro que você ou alguma outra pessoa pague por você, como seguro particular, seguro escolar, seguro em grupo de seu empregador, etc. Se afirmativo, preencha as informações a seguir:

APÓLICE Nº 1		APÓLICE Nº 2	
NOME DA COMPANHIA DE SEGUROS		NOME DA COMPANHIA DE SEGUROS	
ENDEREÇO DA COMPANHIA DE SEGUROS		ENDEREÇO DA COMPANHIA DE SEGUROS	
NÚMEROS DO GRUPO E/OU APÓLICE		NÚMEROS DO GRUPO E/OU APÓLICE	
NÚMEROS DO CONTRATO, CERTIFICADO E/OU MATRÍCULA		NÚMEROS DO CONTRATO, CERTIFICADO E/OU MATRÍCULA	
DATA DE INÍCIO DA APÓLICE	DATA DO TÉRMINO DA APÓLICE	DATA DE INÍCIO DA APÓLICE	DATA DO TÉRMINO DA APÓLICE

Liste as pessoas cobertas por esta apólice:			Liste as pessoas cobertas por esta apólice:		
NOME	NÚMERO DO SEGURO SOCIAL	DATA DE NASCIMENTO	NOME	NÚMERO DO SEGURO SOCIAL	DATA DE NASCIMENTO

Marque os serviços cobertos por sua apólice: <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Atendimento ambulatorial <input type="checkbox"/> Prescrição de receitas/próteses <input type="checkbox"/> Óculos, oftalmologia <input type="checkbox"/> Outros (ambulância, terapia, quiroprática, etc.)	<input type="checkbox"/> Atendimento doméstico de enfermagem <input type="checkbox"/> Tratamento dentário <input type="checkbox"/> Serviços de clínica geral	Check the services your policy covers: <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Atendimento ambulatorial <input type="checkbox"/> Prescrição de receitas/próteses <input type="checkbox"/> Óculos, oftalmologia <input type="checkbox"/> Outros (ambulância, terapia, quiroprática, etc.)	<input type="checkbox"/> Atendimento doméstico de enfermagem <input type="checkbox"/> Tratamento dentário <input type="checkbox"/> Serviços de clínica geral
--	--	--	--

C. Existe pelo menos uma criança em sua casa cujo genitor esteja ausente ou um nascituro cujo responsável seja um pai ausente?
 Sim Não Se afirmativo, preencha as seguintes informações sobre cada genitor ausente.

NOME, ENDEREÇO E TELEFONE	NÚMERO DO SEGURO SOCIAL	NOME(S) DA(S) CRIANÇA(S)	ORDEM JUDICIAL DE COBERTURA MÉDICA?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

D. Você dispõe de cobertura do CHAMPUS (militar)? Sim Não

SE AFIRMATIVO, NOME DO MEMBRO _____ NÚMERO DO SEGURO SOCIAL DO MEMBRO _____

E. Alguma das seguintes pessoas trabalha para alguma sindicato ou é membro dele? Preencha o seguinte.

Nº	PESSOA QUE TRABALHA/MEMBRO DE SINDICATO	SIM	NÃO	SE AFIRMATIVO, LISTE NOME E ENDEREÇO	NÚMERO LOCAL	SEGURO SAÚDE DISPONÍVEL	
						SIM	NÃO
1	Você ou seu cônjuge						
2	Seu(s) filho(s) menor(es)						
3	Genitor(es) natural(is) do menor						
4	Genitor(es) ausente(s) do menor						
5	Genitor(es) ausente(s)						

INFORMAÇÕES SOBRE COBERTURA MÉDICA, Página 2

ESCRITÓRIO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS (CSO)	NÚMERO DO CASO
---	----------------

Preencha os seguintes dados para cada pessoa listada na Página 1, Seção E, para a qual você tenha marcado SIM como resposta.

NÚMERO DA PESSOA	NOME/ENDEREÇO/TELEFONE DO EMPREGADOR	NOME DO SINDICATO

F. Depois de 7 de abril de 1987, você ou seu cônjuge tiveram algum seguro médico por meio do emprego? Sim Não
Se sua resposta for afirmativa E você não estiver mais trabalhando para esse empregador, preencha o seguinte:

- Nome de sua companhia de seguro: _____
- Data de início da cobertura do seguro: _____ Data do término da cobertura do seguro: _____
- Quando o vínculo empregatício terminou? Data: _____
- A companhia de seguros notificou que você podia manter sua cobertura? Sim Não
Se afirmativo, quando você recebeu a notificação? Data: _____
- Liste nome, endereço e telefone desse empregador: _____

G. O seu empregador ou o empregador de seu cônjuge lhe ofereceu seguro médico que você não aceitou porque precisava pagar por ele? Sim Não
Se afirmativo, liste nome, endereço e telefone do empregador: _____

H. Você ou a pessoa pela qual está requerendo sofreu algum acidente que necessitou de atendimento médico? Sim Não
Se afirmativo, responda ao seguinte:

1. DATA DO ACIDENTE	2. MARQUE ONDE O ACIDENTE ACONTECEU	<input type="checkbox"/> Loja/Empresa	<input type="checkbox"/> Propriedade/casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/> Outros:
	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Local do emprego	

a. Endereço do acidente (rua, cidade e estado): _____

b. Marque se o paciente foi o motorista; passageiro; pedestre.

c. Houve envolvimento de outros automóveis? Sim Não Se afirmativo, liste o nome e endereço dos outros motoristas: _____

3. Nome(s) da(s) pessoa(s) ferida(s) no acidente:	4. Como o acidente aconteceu?										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>TIPO DE FERIMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOME	TIPO DE FERIMENTO									<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
NOME	TIPO DE FERIMENTO										

5. Alguma companhia de seguros foi envolvida? Sim Não Se afirmativo, dê o nome do segurado: _____
Nome/endereço da companhia de seguros: _____

NÚMERO DO PROCESSO	NÚMERO DA APÓLICE	NOME DO AVALIADOR	TELEFONE
--------------------	-------------------	-------------------	----------

6. Você deu entrada a outro processo para o acidente? Sim Não Se afirmativo, dê o(s) número(s) do(s) processo(s). _____

NÚMERO DO PROCESSO NO SINDICATO E INDÚSTRIA	NÚMERO DO PROCESSO DA FRANQUIA	VÍTIMA DE UM CRIME VIOLENTO -- NÚMERO DO PROCESSO	OUTROS
---	--------------------------------	---	--------

7. Houve envolvimento de algum advogado? Sim Não Se afirmativo, dê seu nome, endereço e telefone: _____

8. Que benefícios financeiros ou médicos você recebeu ou espera receber devido à lesão sofrida? Explique: _____